

Гуревич А.Р., Юрченко С.А..

РАНЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

/ Могилев /

Раневая инфекция является общехирургической проблемой. Ее частота значительно возросла за последние годы и только в плановой хирургии достигает 9 - 15%. Это связано с резистентностью микроорганизмов к антибиотикам, увеличением объема оперативных вмешательств и в связи с этим возросшим временем операций, и общим снижением уровня здоровья населения.

Широкое внедрение лапароскопической хирургии, по-видимому, должно существенно снизить инфекционные осложнения в послеоперационном периоде, учитывая специфику эндохирургических операций.

Понимая актуальность данной проблемы, нами изучены результаты оперативного лечения методом лапароскопии, хронического и острого холецистита у 1275 больных и острого аппендицита у 23 больных выполненных в больнице.

При неосложненных формах калькулезного холецистита методика удаления желчного пузыря не отличалась от стандартной, принятой как отечественными, так и зарубежными хирургами. Эта группа составила 995 (78%) больных. Желчный пузырь у данной группы больных извлекался через разрез в области мечевидного отростка, у места стояния второго 10 мм троакара. Обязательно осуществлялось дренирование подпеченочного пространства, которое считаем полноценным при дренаже диаметром не менее 5 мм. Антибиотикотерапия из этой группы назначалась 18 больным, у которых имело место перфорация желчного пузыря на этапе лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Клинически значимое инфицирование наблюдалось у 4 из 995 пациентов (0,4%) и проявлялось в виде инфильтрата рубца, разрешившегося консервативно.

Осложненные формы холецистита имели место у 280 пациентов, что составило 22%. Структура осложненных форм холецистита: катаральный — 69; флегмонозный — 74; гангренозный — 19; во-

дника - 63; эмпиема — 55. У этой группы больных ЛХЭ выполнялась с соблюдением следующих технических приемов: при напряженном желчном пузыре проводилась его пункция с аспирацией содержимого и промыванием антисептиками; во всех случаях желчный пузырь извлекался в пластиковом мешке через верхний троакар, что исключало перемещение инфицированного пузыря по брюшной полости; при гангренозном холецистите у 4 больных использовали контрольно динамическую лапароскопию, которая позволила своевременно диагностировать возможные осложнения и проводить лечение, не прибегая к лапаротомии. Нагноение раны имело место у 1 больной (0,4%). подпеченочный абсцесс у 1 больной (0,4%).

Серьезное внимание заслуживает профилактика раневой инфекции при лапароскопической аппендэктомии. Проведение воспаленного червеобразного отростка через ткани брюшной стенки, как правило, сопровождается последующим нагноением. Данное осложнение нами наблюдалось у первых 2 больных, оперированных по поводу острого флегмонозного аппендицита. В последующем червеобразный отросток извлекался через 12 мм троакар. Если диаметр отростка не позволял этого, применяли переходной расширитель на 20 мм, или сачек для извлечения отростка. Эти приемы применены у 21 пациента, что позволило избежать тяжелых послеоперационных осложнений: перитонит, абсцессы и инфильтраты брюшной полости, нагноение ран.

Таким образом, ЛХЭ позволяет значительно снизить инфекционные осложнения оперативного лечения желчно-каменной болезни. Лапароскопическая аппендэктомия должна стать предметом пристального изучения, как один из возможных путей снижения послеоперационных осложнений острого аппендицита.